Department of Labor and Industries
Claims Section
PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291

APLICACIÓN PARA COMPENSACIÓN POR REDUCCIÓN DE INGRESOS (VOCACIONAL)

Unit	Work Position
Número del reclamo	
Fecha de la solicitud	
Fecha de la lesión	

Cómo solicitar: 1) Complete y firme la sección del trabajador de este formulario. 2) Pídale a su empleador y a su consejero vocacional que completen las secciones que les correspondan. 3) Envíe estos documentos a la dirección escrita arriba. Si tiene preguntas, póngase en contacto con su gerente de reclamo.

Sección del trabajador

En el momento de la lesión, estaba trabajando: _____ horas por día _____ días por semana.
Actualmente estoy trabajando: _____ horas por día _____ días por semana.

Mis ingresos brutos, sin deducciones, por el período de trabajo:____/___/____ hasta ____/___/____ fueron $ _____ dólares.
(mes, día, año) (mes, día, año)

En el día que se lesionó, ¿Estaba su empleador pagando alguna parte del seguro médico, dental y/o de la vista de Ud. y/o su familia o proporcionando vivienda, comida y/o combustible (servicios públicos)? ❒ Sí ❒ No

¿Continúa recibiendo estos beneficios? ❒ Sí ❒ No Fecha en que terminaron los beneficios __/___/__(mes/día/año)

Mi empleador actual está/estuvo pagando parte de mi seguro médico, dental o de la vista durante este período de trabajo ❒ Sí ❒ No

Con mi firma estoy certificando que: **Entiendo que si hago una declaración falsa sobre mis actividades o mi condición física, tendré que devolver mis beneficios y podría afrontar sanciones civiles o criminales. Entiendo que tengo que reportar en este formulario, si realizo cualquier tipo de trabajo (remunerado o no), si mi doctor me da de alta para trabajar, si estoy encarcelado y bajo sentencia o si hay algún cambio en la custodia legal de mis hijos.**

Fecha (mes/ día/ año)	Firma del trabajador

Sección del empleador

El empleador debe completar esta parte o puede adjuntar una copia de su recibo de pago por el período mencionado arriba.

El período de salario pagado fue del _____/_____/_____ al _____/_____/_____ Salario bruto pagado $_____ dólares
(mes/día/año) (mes/día/año)

Durante este período: # horas disponibles de trabajo _____ # horas trabajadas _____

¿Pagó el salario como vacaciones durante este período? ❒ No ❒ Si Cantidad pagada $_____

¿Pagó el salario como ausencia por enfermedad durante este período? ❒ No ❒ Si Cantidad pagada $_____

¿Pagó el salario como días feriados? ❒ No ❒ Si Cantidad pagada $_____

¿Está contribuyendo actualmente al seguro médico, dental y/o de la vista del trabajador y/o de su familia y/o está proporcionando vivienda, comida y/o combustible (servicios públicos)? ❒ No Fecha en que terminaron los beneficios _____

❒ Si. Cantidad de la contribución $_____ Por favor marque si su contribución era por ❒ Hora ❒ Día ❒ Semana ❒ Mes

Fecha(mes/día/año) **Yo certifico que los ingresos declarados arriba son correctos de acuerdo a nuestros records.**
Firma del empleador _____ Puesto _____

Sección del consejero vocacional

NOTA: La información solicitada abajo puede ser proporcionada verbalmente siempre que sea sometida por escrito al departamento.

¿Cuáles de las siguientes opciones aplican al trabajador? ❒ Plan de reentrenamiento ❒ Trabajo modificado/liviano ❒ Horas reducidas ❒ Salario reducido ¿Cuándo anticipa que terminen? _____/_____/_____ (mes/día/año)

¿Está el trabajador cumpliendo con todas sus responsabilidades para facilitar el regreso al trabajo? ❒ Sí ❒ No
Si la respuesta es "No", explique porqué.

Comentarios:

N° de teléfono	Fecha (mes/día/año)	Firma del consejero vocacional

RESET